

看護倫理学における道徳的感受性と 倫理的感受性の意味

*The meaning of moral sensitivity and ethical sensitivity:
For the ethics of nursing*

神徳 和子¹ 池田 清子²

Kazuko KOUTOKU

Sugako IKEDA

キーワード：道徳的感受性、倫理的感受性、道徳、倫理、看護倫理学

Key words : moral sensitivity, ethical sensitivity, morality, ethics, nursing ethics

1. はじめに

医療技術が進歩し、延命治療が可能になった現代において、治療を選択する意思決定は困難を増している。高齢化が進んでいるわが国では特に、高齢者の透析導入・中止をはじめ、胃瘻造設による延命は適切かなどという問題がよく話題に上る。このような意思決定場面に直面させられたとき、患者・家族はもちろん、医療者ですら、そこに明確な答えを示すことは不可能である。医療上の意思決定に関しては、近年重要視されている自己決定権の尊重に基づき、最終的な意思決定は患者とその家族の意向に任せられる。一方で、医療上の意思決定は、不確実性を伴うものであり、患者とその家族の判断だけでは困難なことが多く、医療者と患者とその家族が共同で行うことが望ましいと指摘されている¹。先述したとおり、医療現場における意思決定は、生命予後を左右するものや、患者とその家族の後の人生に大きく影響することが多く、医療者は、非常に重要な、他者の意思決定に深く関与しなくてはならない。そのため、医療現場のさまざまな事象において、医療者は高い倫理観をもち対応することが強く求められている。

厚生労働省²は2011年に、看護基礎教育の充実に関する報告書の中で、基礎的な看護実践能力の中に「倫理的な看護実践の提供」という指針を示している。日本看護協会³も2000年のICN看護師の倫理綱領に照らし、2003年に「看護者の倫理綱領」を示し、その普

及に努めている。それに応えるべくほとんどの養成機関が、倫理を基礎教育科目として教授している。水澤⁴の1,746名の臨床看護師を対象とした調査によると、1968年の指定規則改正以降看護倫理という科目名称がなくなった後も、67.6%の看護師が看護基礎教育機関で倫理を学んだ経験があると答えていることから、倫理教育の重要性は認識されているといえる。一方で、倫理に関する知識の程度に関しては、91.1%の看護師が「全く知識がない」「あまり知識がない」と答えている⁴ことから、看護基礎教育における倫理教育が十分な成果を得ていないことも推測される。さらに鈴木⁵は、一つの教育機関において倫理的態度を学生の中に育てていくにあたっては、教育する側が、どのような考えで教育を行うのか、教員間の十分な議論から始める必要があるとの指摘もしている。効果的な倫理教育を行うための戦略を確立するために、看護倫理教育を再考する必要があるのではないだろうか。

白浜⁶は「医療職に必要な倫理観や倫理的感受性」とは、「日常の臨床の現場で生じている倫理的な問題を認識し、分析し、対応していく能力」としている。また、Fry⁷は看護師にとって倫理を学ぶことは、看護師が道徳的であるための能力を養うためのものでもあると述べている。Lützenら⁸は1994年にmoral sensitivity test (以下、MST) という尺度を開発し、看護師の道徳的感受性が測定できるようにした。それ

1 宇部フロンティア大学 Ube Frontier University

2 神戸市看護大学 Kobe City College of Nursing

を、中村ら⁹が日本語版に開発し、看護師や看護学生を対象に調査されている。このように倫理的感受性と道徳的感受性が、倫理観を育成するためのキーワードとなっているが、これら二つの概念を明確に区別した研究はない。

本稿の目的は、道徳的感受性と倫理的感受性の意味について、先行文献を基に検討し、看護師に求められる倫理的能力を育成するために、看護基礎教育ではどのような内容が必要なのか、また、これらを高めていくことはできるのか、ということについて、考究することとする。

2. 道徳的感受性とは

Fry⁷は倫理的活動が個人の道徳によると指摘し、適切かつ効果的に対応することのできる能力は道徳的感受性、道徳的思考、道徳的動機、道徳的人間性の発達であることを述べている。中でも道徳的感受性は、個人の福祉や安寧に影響を与える状況的な側面を意識できるかどうかという感覚であり、個人の人生経験や生育環境に影響を受けるほか、受けてきた、あるいは受ける教育にも影響すると言われる。Lützenら⁸のMSTは、日本人⁹、看護学生¹⁰など、測定する対象者によって使用する尺度に改訂は加えられているが、基本的な構成要素は、患者の尊重と看護師の責任、医師の判断や規則に忠実、内省的態度、誠実（患者のニーズに添う）、ケアの判断と葛藤、意思決定、情の七つである。具体的な質問項目は、表1のとおりである

が、注目すべきところは、MSTは看護師の主観的側面が強く反映されており、看護師の専門職業人としての自律性を測定するような内容が多く含まれていることである。

Lützenら⁸は、倫理的感受性と道徳的感受性は共通する部分があり置き換えが可能としていた。日本における尺度でも、それらを区別しておらず、同義語として捉えている文献が多い。一方で、和辻¹¹は、倫理という概念は、主観的道德意識から区別し、作り上げられると述べている。主観的側面を強く反映する道徳的感受性は、倫理的感受性と区別する必要があるのではないだろうか。

3. 倫理的感受性とは

石川¹²は倫理的感受性の解釈の鍵は、自分自身を自覚するプロセスにあるという。道徳が主観的であるのに対し倫理は客観的である、つまり、自分の内面の正しさを主張するのが道徳であり、倫理は自分の内面の正しさよりも、もっと幅広い社会の中でのルールやシステムを意識せざるを得ない。自分自身の価値観から事象を認識するのではなく、何が倫理的問題として起こっているかを客観的に認識し、幅広い社会の中で、自分自身はそのルールに従いどのように行動すればよいかを考えることが石川¹²の意味する倫理的感受性である。それゆえ、自己を自覚して初めて倫理的感受性が芽生えることになる。そして、石川¹²の示す倫理的感受性により認識された倫理的課題に対応するために

表1 道徳的感受性に関する主要構成因子とその質問項目の例¹

	構成因子	質問項目の例
第1因子	患者の尊重と医療職の責任	問22：自分自身の職務と患者に果たさなければならない責任との間に葛藤が生じた時、患者への責任を優先する。
		問30：患者が望むことに逆らって、実行しなければならない状況に直面した時に、同僚のサポートは重要である。
第2因子	医師の判断や規則に忠実	問33：最も良い行動と判断するのが難しい時、主治医に判断を任せる。
		問24：強制治療の場面で、患者が拒否しても、主治医の指示に従う。
第3因子	内省的態度	問9：患者にどのように応えるべきかわからなくなる時が、たびたびある。
		問35：看護・医療の仕事は個人的には適していないと、しばしば感じる。
第5因子	誠実	問21：経験上、意思決定の少ない患者は、他の患者よりもケアを必要とすると思う。
		問26：例えば、ターミナル期のアルコール中毒患者がグラス1杯のウイスキーを求めたら、この望みをかなえるのは自分の仕事である。
第6因子	意思決定	問12：患者にとって難しい決定をする場合は、病棟スタッフが認めた規則や方針にほとんど頼っている。
		問15：ほとんど毎日、意思決定しなければならないことに直面する。
第7因子	情	問34：回復する見込みのほとんどない患者に、よい看護を行うことは難しい事だと思う。
		問14：原則的よりも感情的に望ましい事を行なおうと、時々思う。

は、自分一人で解決することは不可能である。なぜなら、認識された倫理的課題について考えるときは、自分自身の価値観・道徳観から一歩外に出て、客観的にその課題を見つめ直す必要があるからである。事象を客観的に認識するためにできる唯一のことが、他者との対話である。他者との対話により、意見の対立が生まれ、また、自分が何を重視し決定しようとしているか、自分自身の価値観が浮き彫りになる。他者を通して己を知ることができる考えると、対話や対立なしに、石川¹²が定義する、倫理的感受性は育たず、倫理的課題に対応するプロセスは踏むことができないのであろう。服部¹³も、対話には情報交換や共有のためだけでなく、発問を通して潜在的な問題点を発見し、新たな見方を模索できると述べているように、倫理的課題は対話なくして対応はできないことが示されている。

倫理的感受性は、道徳的感受性と比較すると、完成度の高い尺度もなく用語の定義も曖昧であるが、倫理的感受性を検討した飛世ら¹⁴の研究では、倫理カンファレンスの重要性を示し、話し合うことが倫理的課題を解決するための有効な手段と述べられていたことも、石川¹²や服部¹³の見解を支持していることになる。

4. 道徳と倫理は区別すべきか

2011年以降、道徳的感受性の尺度開発や尺度を使って看護師の倫理的能力を測定するという動きが高まり、多くの研究がされてきた。看護基礎教育の中で医療倫理・生命倫理・看護倫理を学んできた看護師は、ICNが示す倫理綱領を規範とし、行動することを目指すだろう。それが、看護師という職業人として自分自身が発達していくプロセスであり、Lützenら⁸の開発した尺度であるMSTが測定する看護師の倫理的能力の一側面であると考えられる。つまりMSTは、看護師として自律的に行動できる能力を主観的に問う尺度なのではないだろうか。そうすると、MSTは道徳的要素の強い倫理的能力を問う尺度となる。この尺度は、医療現場に必要な倫理的看護実践能力を測る尺度として十分な要素を備えているだろうか。

近年、Lützenら¹⁵は、道徳的感受性には個人の認知的な能力だけでは測定することができない多くの要素が関連していることを報告している。それらは、個人の職場の環境(moral climate)、道徳的状况におけるジレンマを感じたときに生じる心理的負担感(moral stress)などであり、MSTに影響を与える因子だと指摘している。また、Lützenら¹⁶は、このような道徳的感受性は相互人間関係における個人的な能力であり、理論と原理に基づいた倫理的感受性と区別することは可能であるという新しい見解に至っている。以上のことから、道徳的感受性と倫理的感受性は明確に区別し、それぞれの概念確立に向けて今後のさ

らなる研究の必要性が示唆されたといえよう。

和辻¹¹は、倫理とは何かという問いは、問いを問いとして示しているにすぎないと述べる。倫理に答えはなく、倫理とは何かを問うところから倫理が始まるという。石川¹²や服部¹³が述べるように、倫理的能力は他者との対話によってはじめて育成させられ、自己を自覚し新たな見解を発見することに倫理的課題に対応するプロセスがあるとするなら、倫理的感受性は倫理的課題に気づける能力だけでなく、自己の価値観を括弧にはめ、客観的に他者と対話するプロセスが踏めるようになることではないだろうか。そして、倫理的課題に対する答えはなく、和辻¹¹が指摘するように問い続けることでしか対応はできないことになる。そうすると、倫理的感受性を育成するために必要なことは、何が倫理的課題かに気づけるために必要な知識と、それを他者と冷静に対話でき、対話した内容を客観的に分析できる能力だと言えよう。

看護倫理教育の歴史は、職業規範を教授することを中心に教育されてきた。職業規範は、専門職として不可欠であり、看護師の倫理綱領やMSTも職業規範(モラル、道徳)を軸に検討されたものである。しかし、看護師の社会の中での共通認識である職業規範は、看護師世界の道徳観でもあり、これがすべて医療現場で起こる倫理的課題に対応する能力とは言い切れないのではないだろうか。倫理は、狭義の世界で語られる主観的要素の強い道徳とは区別して検討すべきであり、倫理的な看護実践能力の向上は、あくまでも倫理という用語を基に検討されるべきではないだろうか。また、医療現場では他者の意思決定を医療者はサポートしなければならない。そのため、医療者自身の価値観は、括弧にはめ、医療者は客観的に、起こっている事象を見る必要がある。

倫理は、自己の価値観を括弧に置き、客観的に他者と対話することを必要とするなら、倫理的能力の育成で求められることは、他者と冷静に対話する能力であろう。そして、倫理的課題に対応する能力としても一つ必要なことは、倫理的課題に気づくことができる能力であり、これは、倫理の知識なくしては不可能である。今後の看護倫理教育は、職業人としての自律である道徳的感受性の育成だけでなく、事象を客観的に認識し、冷静に対話することのできる倫理的感受性の育成、両側面から検討していくべきではないだろうか。

助 成

本研究はどの機関からも研究助成を受けていない。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

文 献

1. 大平整爾. 透析導入と透析継続中止—国内外の現況と課題—. 日本透析医学会誌. 2002; 17: 127-134.
2. 厚生労働省. 看護基礎教育の充実に関する検討会報告書 [インターネット]. 2003. [検索日2016年7月20日] <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001vb6s-att/2r9852000001vbiu.pdf>
3. 日本看護協会. 看護者の倫理綱領 [インターネット]. 2012. [検索日2016年7月20日] <http://www.nurse.or.jp/nursing/international/icn/document/ethics/pdf/icncodejapanese.pdf>
4. 水澤久恵. 看護職者に対する倫理教育と倫理的判断や行動に関わる能力評価における課題—倫理教育の現状と道徳的感性に関連する定量的調査研究を踏まえて—. 生命倫理. 2010; 20(1): 129-139.
5. 鈴木恵理子. 看護基礎教育における『看護倫理』教育に関する現状と課題—5年間の文献検討から—. 淑徳大学看護栄養学部紀要. 2015: 1-8.
6. 白浜雅司. 医療職を目指す学生の倫理的感受性をいかに育てるか—医学生への臨床倫理教育の経験から—. 看護教育. 2000; 41(4): 260-266.
7. Fry ST, Johnstone MJ. 2002 / 片田範子, 山本あい子訳. 2007. 看護実践の倫理—倫理的意思決定のためのガイド—. 第2版. 東京: 日本看護協会出版会.
8. Lützen K, Nordin C, Brodin G. Conceptualization and instrumentation of nurses' moral sensitivity in psychiatric practice. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 1994; 4(4): 241-248.
9. 中村美和子, 石川操, 比江島欣慎他. Moral Sensitivity Test (日本語版) の信頼性・妥当性の検討(その1). 山梨医科大学紀要. 2000; 17: 52-57.
10. 滝沢美世志, 太田勝正. 改訂道徳的感受性質問紙日本語版 (J-MSQ) の学生版第1版の開発. 日本看護倫理学会誌. 2015; 7(1): 4-10.
11. 和辻哲郎. 人間の学としての倫理学. 東京: 岩波書店; 2007.
12. 石川洋子. 倫理的感受性の意味と解釈—ヘーゲル「良心論」をもとにして—. 生命倫理. 2011; 21(1): 76-84.
13. 服部健司. 臨床倫理学における対話の意味. 生命倫理. 2015; 25(1): 22-29.
14. 飛世照枝, 坂井桂子. 倫理カンファレンスに対する看護師の意識. 日本看護倫理学会誌. 2012; 4(1): 15-21.
15. Lützen K, Blom T, Ewalds-Kvist B, Winch S. Moral stress, moral climate, and moral sensitivity among psychiatric professionals. *Nursing Ethics*. 2010; 17(2): 213-224.
16. Lützen K, Dahlqvist V, Eriksson S, Norberg A. Developing the concept of moral sensitivity in health care practice. *Nursing Ethics*. 2006; 13(2): 187-196.